

Акт выездной проверки

от « 28 » февраля 2019 г.
(дата)

№ 116н/с

Нами (мною), Капитоновой Аллой Львовной - Главным специалистом-ревизором
(Ф.И.О.¹ лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяющей группы²)

Филиала № 7 Государственного учреждения - Санкт-Петербургского регионального отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (далее – страховые взносы) в Фонд социального страхования Российской Федерации (далее – Фонд) по установленному законодательством Российской Федерации тарифу с учетом установленной территориальным органом страховщика скидки (надбавки), а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователя

МЕСТНАЯ АДМИНИСТРАЦИЯ МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПОСЕЛОК СМОЛЯЧКОВО,
(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в территориальном органе страховщика
код подчиненности
ИНН³
КПП⁴
адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства
индивидуального предпринимателя, физического лица

7807013400,
78071,
7843302689,
784301001,
197720, РФ, САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, ЗЕЛЕНОГОРСК Г,
ЛЕНИНА ПР-КТ, ДОМ 14, ЛИТЕРА А, ПОМЕЩЕНИЕ
1-Н,

за период с 01.01.2016 г. по 31.12.2018 г.

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2016	Деятельность органов местного самоуправления районов, городов, внутригородских районов код по ОКВЭД 75.11.31	1	0,2	нет/нет
2017	Деятельность органов местного самоуправления внутригородских территорий городов федерального значения код по ОКВЭД 84.11.33	1	0,2	нет/нет
2018	Деятельность органов местного самоуправления внутригородских территорий городов федерального значения код по ОКВЭД 84.11.33	1	0,2	нет/нет

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее – Федеральный закон от 24 июля 1998 г. №125-ФЗ).

1. Место проведения выездной проверки

197720, РФ, САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, ЗЕЛЕНОГОРСК Г, ЛЕНИНА ПР-КТ, ДОМ 14, ЛИТЕРА А, ПОМЕЩЕНИЕ 1-Н
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 28.02.2019 г., окончена 28.02.2019 г.
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением⁵
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)
выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением⁵
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)
выездная проверка была возобновлена с _____
(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения)⁶ в проверяемом периоде являлись:

Генеральный директор

(наименование должности)

Главный бухгалтер

(наименование должности)

ЧУЛИН АНДРЕЙ ТИХОНОВИЧ

(Ф.И.О.)

Яцун Галина Ивановна

(Ф.И.О.)

6. Выездная проверка проведена _____ сплошным _____, методом проверки представленных
(сплошным, выборочным)

следующих документов: заявления работников, приказы по личному составу; трудовые договоры, договоры гражданско-правового характера, коллективный договор, штатное расписание, положение о системе оплаты труда, положение о премировании, лицевые счета, сводные расчетно-платежные ведомости, кассовые и банковские документы, бухгалтерские балансы за проверяемые периоды, главная книга, карточки счетов; расчеты по форме 4 - ФСС РФ.

(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы:⁷

(указываются виды непредставленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____

12.01.2016 г.

(дата)

по

12.01.2016 г.

(дата)

, за период с
01.01.2013г. по
31.12.2015г.

акт выездной проверки от _____

12.01.2016 г.

(дата)

№ _____

3

(дата)

⁸

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения _____

Устранены.

(устранены/не устранены (в случае неустранения нарушений – указывается их существо))

10 Настоящей проверкой установлено:

Установленный класс профессионального риска соответствует основному виду экономической деятельности организации. "Среднесписочная численность работающих рассчитана в соответствии с Приказом Росстата от 26 октября 2015 года № 498 «Об утверждении указаний по заполнению форм федерального статистического наблюдения».

10.1 выявлены/~~не выявлены~~ (ненужное зачеркнуть) нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

Выявлены нарушения п.4 ст.22 Федерального закона от 24.07.1998 №125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», (далее-Закон № 125-ФЗ) В соответствии со ст. 26.11 Закона № 125-ФЗ за уплату страховых взносов в более поздние по сравнению с установленными сроками начислены пени в сумме **3,35** руб.

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов в Фонд:⁹

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
2016-2018г.г.	0

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:⁹

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
2016-2018г.г.	0

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия):⁹

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
2016-2018г.г.	0

10.1.3. произведены расходы с нарушением требований законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, либо не подтвержденные документами:

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма непринятых к зачету расходов (в рублях)
2016-2018г.г.	0

10.1.4. непредставление в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (далее – расчет)

за _____
(период)

Установленный срок представления расчета _____
(дата)

Расчет представлен _____, не представлен (ненужное зачеркнуть);

10.1.5. другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:⁹

(приводятся документы, подтверждающие факты нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать с

МЕСТНАЯ АДМИНИСТРАЦИЯ МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПОСЕЛОК СМОЛЯЧКОВО,

(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за _____ **01.01.2016 г. - 31.12.2018 г.**
(период)

в размере _____ **0** руб.;

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд

в сумме _____ **0** руб.

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере _____ **3,35** руб.;

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;

11.3. производить своевременное перечисление страховых взносов.

(приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11.4. привлечь

МЕСТНАЯ АДМИНИСТРАЦИЯ МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПОСЕЛОК СМОЛЯЧКОВО,

(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. пункт 1 статьи 26.28 Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ
за нарушение страхователем срока регистрации в размере

(указывается состав правонарушения) _____ **0** руб.

11.4.2. пункт 2 статьи 26.28 Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ
за нарушение страхователем срока регистрации более чем на 90 календарных дней в размере

(указывается состав правонарушения) _____ **0** руб.

11.4.3. статья 26.29 Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ
за неуплату или неполную уплату сумм страховых взносов в размере

(указывается состав правонарушения) _____ **0** руб.

11.4.4. пункт 1 статьи 26.30 Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ
за нарушение срока представления расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам (Форма 4-ФСС) в размере

(указывается состав правонарушения) _____ **0** руб.

11.4.5. статья 26.31 Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ
за отказ в представлении или непредставлении страховщику документов, необходимых для осуществления контроля за уплатой страховых взносов в размере

(указывается состав правонарушения) _____ **0** руб.

Приложение: на _____ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в

Филиал № 7 Государственного учреждения - Санкт-Петербургского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

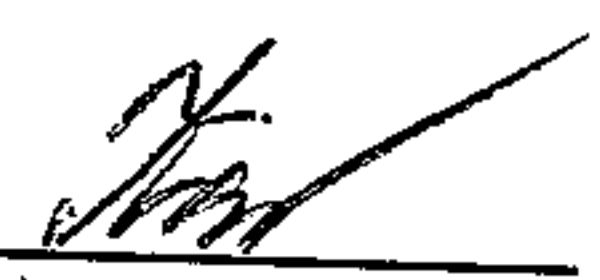
(наименование территориального органа страховщика)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям.

При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших проверку

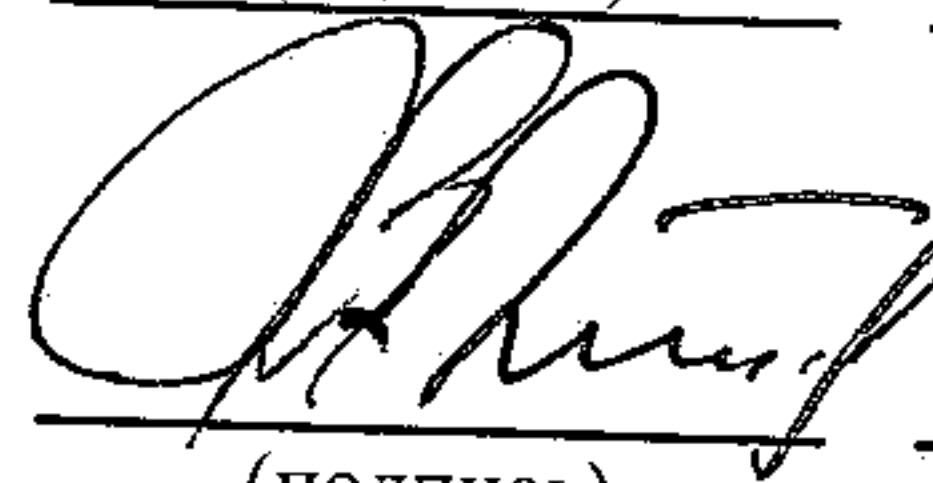
Подпись руководителя организации (обособленного подразделения) с указанием должности, индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя)



(подпись) **Капитонова Алла Львовна**
(Ф.И.О.)

Глава МА МО пос. Смолячково

(должность)



(подпись) **ЧУЛИН АНДРЕЙ ТИХОНОВИЧ**
(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии)
плательщика страховых взносов

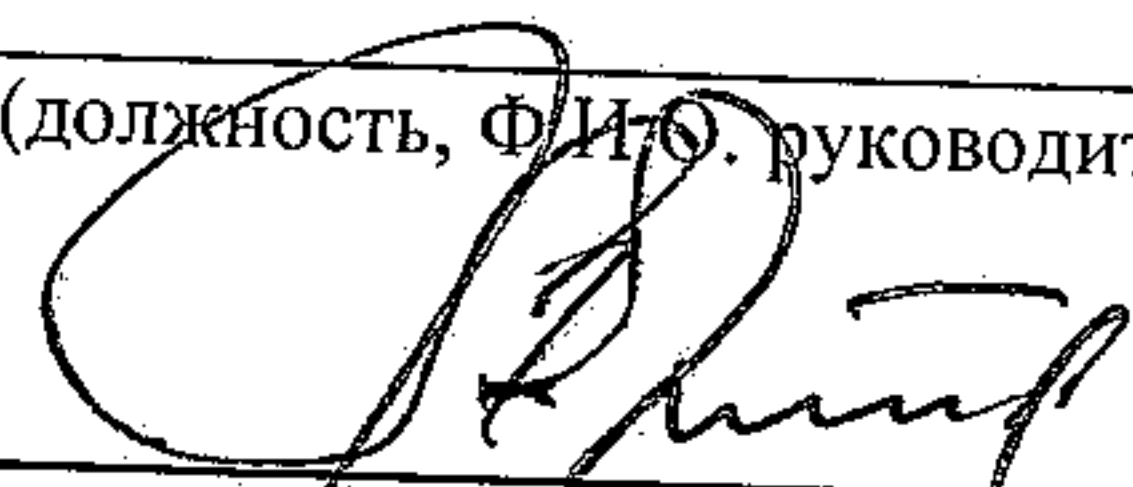
Экземпляр настоящего акта с

1
(количество)

приложениями на

4 листах получил.

Глава МА МО пос. Смолячково- ЧУЛИН АНДРЕЙ ТИХОНОВИЧ
(должность, Ф.И.О. руководителя организации, (обособленного подразделения) или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя))



(подпись)

« 28 » февраля 2019 г.
(дата)

Глава МА МО пос. Смолячково- ЧУЛИН АНДРЕЙ ТИХОНОВИЧ
(должность, Ф.И.О. руководителя организации, (обособленного подразделения) или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется.¹⁰

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего выездную проверку)

(дата)